

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° 206

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gérard VILHÈS

Né le 31 janvier 1900, à Lillebonne (Seine-Inf.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OCCLUSIONS INTESTINALES
POST-OPÉRATOIRES

Président : M. LEJARS, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gérard VILHÈS

Né le 31 janvier 1900, à Lillebonne (Seine-Inf.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OCCLUSIONS INTESTINALES
POST-OPÉRATOIRES

Président : M. LEJARS, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie} ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

I. — DOYEN. . . M. ROGER

LES PROFESSEURS

MM

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELbet.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZÉLOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.

MM.

RETTERER. . . . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physique.
 N Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
 AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU . Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
 LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
 MOCQUOT . . Clinique chirurgicale
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale;

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Mort au Champ d'honneur

A MA TANTE

*Qui fut pour nous une seconde
mère.*

A MES SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

*A celle qui pendant sept ans fut
le bonheur de ma jeunesse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE ROUEN

- M. LE PROFESSEUR BRUNON, Directeur Honoraire de
l'École de Médecine de Rouen.
- M. LE PROFESSEUR CERNÉ, Professeur Honoraire de
Clinique chirurgicale.
- M. LE DOCTEUR DEROQUE, Chirurgien des Hôpi-
taux.
- M. LE DOCTEUR LECAPLAIN, Médecin des Hôpitaux.
- M. LE DOCTEUR PAYENNEVILLE, Médecin des
Hôpitaux.
- M. LE PROFESSEUR PETIT, Professeur de clinique
chirurgicale, Chirurgien des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique chirurgicale de la Faculté
de Médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine
Commandeur de la Légion d'honneur

Respectueux hommage de reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous fait, en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études médicales, nous sommes heureux d'obéir à la tradition, qui fait un devoir au jeune médecin, de rendre hommage aux maîtres qui l'ont formé à l'exercice de son art.

Au cours des sept années passées dans les hôpitaux de Rouen, nous leur sommes reconnaissant de nous avoir apporté, chaque jour, le meilleur de leur enseignement.

Et au moment où s'ouvre, pour nous, notre vie professionnelle, si lourde de responsabilité, il est réconfortant de nous souvenir de leurs judicieux conseils et de sentir près de nous leur bienveillante sympathie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
OCCLUSIONS INTESTINALES
POST-OPÉRATOIRES

HISTORIQUE

La connaissance des occlusions intestinales post-opératoires date du siècle dernier.

Spencer Wells publia en 1860, le premier travail sur ce sujet. Ayant ainsi attiré l'attention sur cette complication des interventions abdominales, des observations nombreuses furent successivement communiquées par Kœberlé (1867), Léopold (1879), Bockel (1881), Skutsche (1886), Muller (1887), Gross (1899).

Mais ces publications étaient rares, courtes, et n'avaient la valeur que de cas isolés.

Pratiquement la connaissance de ces complications date de l'extension de la chirurgie abdominale et le premier travail d'ensemble est celui de Hirsh, qui publia quatorze observations d'occlusions intestinales secondaires à des interventions pour salpingites.

En 1890, Lucas-Championnière, inspire la thèse de Collas et signale quelques cas secondaires à différentes interventions abdominales. Le même auteur dans son traité de la *Cure radicale des hernies*, paru en 1892, signale l'occlusion intestinale compliquant cette intervention.

Le premier essai de classification anatomopathologique des occlusions intestinales post-opératoires est celui de Ahston paru en 1892.

Dans la suite, des observations nombreuses sont publiées tant en France par Terrillon, Legueu, Quénu, Mathieu et Riche, qu'à l'étranger, par Schiffer, Jacobs, Coë et Kohé ; ce dernier ayant publié un travail d'ensemble sur ce sujet.

Dix observations nouvelles sont apportées par Tuja, en 1894, et Labadie, Lagrave et Legueu consacrent à cette question un chapitre de leur traité médico-chirurgical.

Parmi les thèses importantes publiées sur cette complication, nous signalerons celle de Giresse, qui étudie ces occlusions secondaires à l'hystérectomie vaginale (Paris, 1896) ; Naoumoff (Montpellier, 1896) ; Lenclos (Nancy, 1889) et Theillier qui étudie ces occlusions intestinales post-appendiculaires.

Ces travaux précisèrent successivement l'étiologie, le mécanisme et la thérapeutique de ces accidents qui nécessitent une intervention souvent d'extrême urgence.

Les occlusions intestinales secondaires à des laparotomies ne sont pas exceptionnelles et peuvent

complicuer toute intervention abdominale si bénigne soit-elle.

Nous étudierons exclusivement les occlusions qui relèvent directement de l'opération, constituant le cadre des occlusions intestinales post-opératoires vraies.

Nous éliminerons les accidents secondaires à la gastro-entérostomie qui revêtent une symptomatologie très particulière et nécessitent un traitement très spécial.

Nous éliminerons également les iléus paralytiques par péritonite qui sont bien plus secondaires à l'affection péritonéale, dont elles constituent un symptôme, qu'à l'intervention.

Enfin les occlusions qui surviennent très tardivement après l'opération, ne sauraient rentrer dans le cadre de notre sujet, car elles ont une symptomatologie d'occlusions intestinales banales, et ne sont pas immédiatement post-opératoires.

Nous n'étudierons donc que les occlusions apparaissant et évoluant chez un malade récemment opéré.

ÉTIOLOGIE

Parmi les facteurs importants qui semblent favoriser l'apparition d'une occlusion intestinale post-opératoire, nous retiendrons surtout le sexe et l'âge.

La fréquence de cette complication chez la femme ne saurait étonner si l'on se rappelle que les interventions chirurgicales abdominales sont beaucoup plus fréquentes chez elle que chez l'homme, par suite des possibilités d'infection profonde de son appareil génital, et c'est ainsi qu'un grand nombre de cas ont été observés à la suite d'interventions pelviennes.

Mais il faut faire une place, au moins également importante, aux affections de la région iléocæcale, et à l'appendicite aiguë, en particulier. La fréquence de l'occlusion dans cette dernière affection, semble être importante si l'on s'en réfère aux différentes statistiques qui enveloppent, d'ailleurs pour la plupart, les occlusions pré et post-opératoires.

Bekman signale trente-quatre cas pour cinq cents : Williams, dix-huit cas pour 687 appendicites aiguës.

Les formes occlusives de l'appendicite se rencon-

trent surtout dans les localisations pelviennes de cet organe ou dans les appendicites mésocoliques. Leur fréquence est augmentée par la grossesse qui d'ailleurs est une cause banale d'aggravation des lésions appendiculaires.

L'occlusion survient indifféremment, qu'il s'agisse d'inflammation chronique ou aiguë de la séreuse péritonéale : toutefois certaines manœuvres opératoires semblent la favoriser.

C'est ainsi que la section d'adhérences, le drainage péritonéal, le tamponnement à la Mikulicz paraissent favoriser l'apparition de cette redoutable complication.

Enfin l'âge est également un facteur important, et bien que l'on ait signalé quelques cas survenus chez des enfants ou des adolescents, l'apparition de cet accident se rencontre surtout après la quarantaine, et chez les vieillards, l'appendicite revêt souvent la forme occlusive chronique, qui lui a valu le nom d'appendicite pseudo-néoplasique des vieillards.

PATHOGÉNIE

La première classification pathogénique est celle de Ahston qui les groupait ainsi :

Les occlusions par adhérence entre deux anses intestinales, à la suite d'un processus inflammatoire ou entre l'intestin et une surface cruentée voisine;

Les occlusions par contracture spasmodique, ou paralysie intestinale bien connue actuellement sous le nom d'iléus paralytique;

Les occlusions par brides, et celles par striction intestinale, dans un fil de suture, ou engagement d'une anse dans une fente.

Enfin, il étudiait à part la torsion intestinale à laquelle il donnait comme cause, une faute de technique opératoire.

Ultérieurement, certains auteurs ont insisté sur les occlusions par imperméabilité de l'angle colique et par vice de position.

Pour Adenot un certain nombre d'occlusions relèveraient de l'imperméabilité physiologique de l'angle colique gauche qui normalement suspendu par un ligament étalé en éventail, maintenant l'angle

ouvert, peut dans certains cas être tirailé par un ligament rétréci en cordonnet qui attirant le sommet de l'angle, tend à le fermer, si bien qu'une chute du côlon transverse, ou une distension des anses grêles permet l'installation d'une occlusion complète.

Parmi les positions intestinales sérieuses, susceptibles de créer une occlusion intestinale, nous signalerons les volvulus et les invaginations, comme étant les plus couramment observées.

Dans d'autres cas, l'intestin s'engage et s'étrangle dans des orifices ouverts en plein épiploon ou dans des rétractions cicatricielles.

Lenclos a donné dans sa thèse différentes classifications intéressantes ; c'est ainsi que, se plaçant au point de vue de leur date d'apparition, il distingue les occlusions immédiates rapprochées et éloignées ; au point de vue de leur siège, il différencie les occlusions siégeant dans le foyer opératoire et celles par obstacle indépendant de ce foyer : enfin, se plaçant au point de vue des opérations susceptibles de les provoquer, il distingue l'occlusion commune à toutes les interventions abdominales et les occlusions spéciales, propres et particulières à certaines interventions.

Ces différentes classifications ont permis, autrefois, d'étudier complètement la symptomatologie de cette affection et, actuellement, elles permettent de systématiser les indications opératoires qui sont variables selon la forme pathogénique.

ÉTUDE CLINIQUE

La date d'apparition de cet accident présente un intérêt diagnostique et elle s'étend, généralement, du troisième au sixième jour, alors que le malade semble s'acheminer vers la guérison.

Les manifestations en sont généralement insidieuses, évoluant sournoisement, et le premier symptôme qui attire l'attention est la réapparition des vomissements, que l'on ne peut plus, à cette période, rapporter à l'anesthésie.

En même temps, le malade n'a encore eu aucune émission de gaz, l'abdomen se ballonne progressivement en même temps que le faciès s'altère quand survient la douleur abdominale qui constitue le plus souvent le premier symptôme alarmant tant pour le malade que pour le chirurgien.

Traduction des contractions intestinales qui cherchent à forcer l'obstacle, cette douleur revêt exceptionnellement le caractère brutal, violent et presque perforatif de l'occlusion intestinale aiguë survenant chez un malade non opéré. Elle est le plus souvent peu marquée ; sa généralisation est lente et progressive à tout l'abdomen ; elle est superficielle, mais surtout profonde avec un maximum

dont l'importance est considérable au point de vue diagnostic typographique.

Les vomissements qui, au début, étaient un symptôme banal chez un opéré deviennent alarmants par leur fréquence et le fait qu'ils surviennent en dehors de toute alimentation.

L'arrêt des matières et des gaz est absolu en même temps que le ballonnement se précise et s'exagère ; souvent ce météorisme est plus développé d'un côté, entraînant une asymétrie abdominale perceptible à la seule inspection. Ce dernier mode d'exploration permet également de voir, tout au moins dans les cas d'obstruction, se contracter les anses intestinales sous la peau, contraction également perceptible à la palpation.

En présence d'un tel tableau, une étude attentive de la température et du pouls s'impose. La température est sensiblement normale, en même temps que le pouls bien frappé, ne dépasse guère 80 pulsations à la minute.

La distension gazeuse de l'intestin refoule le diaphragme, gêne l'ampliation pulmonaire, favorise la stase ; tous ces phénomènes se manifestent par une dyspnée qui, à une période plus avancée relèvera également de l'intoxication.

Les urines sont diminuées d'autant plus que le siège de l'occlusion est plus haut situé.

En présence d'un tel tableau, il importe de porter un diagnostic précoce qui sera essentiellement basé sur la réapparition de la douleur et des vomisse-

ments, l'absence de contractures pariétales, et le caractère subnormal du pouls et de la température.

Seule, une intervention de toute urgence, permet d'abaisser la mortalité effroyable de l'occlusion intestinale post-opératoire.

Si le diagnostic n'est pas posé, le malade passe de la première phase chirurgicale à la phase d'occlusion confirmé où la stercorémie s'est installée.

Les classiques insistaient sur la possibilité de trois formes évolutives, suraiguë, aiguë et subaiguë, en même temps que sur l'importance du faciès péritonéal, des vomissements fécaloïdes et du hoquet.

Cette phase terminale n'a aucun intérêt chirurgical.

Nous rappellerons seulement que la forme la plus grave est l'occlusion par strangulation, ou en même temps que le cours des matières, la circulation de l'anse occluse est supprimée.

Une intervention palliative de dérivation est insuffisante, car elle laisse persister la menace de sphacèle de l'anse ; alors que dans l'occlusion par obstruction, la vitalité intestinale n'est pas compromise et une dérivation externe des matières suffit, tout au moins dans un premier cas.

Enfin, nous rappellerons également que l'occlusion du grêle est plus grave que celle du gros intestin et que son évolution est d'autant plus rapide, d'autant plus foudroyante, qu'elle siège plus haut, et il faut préférer cette classification anatomo-patho-

logique à la classification évolutive des anciens auteurs.

Les symptômes varient, avec l'intervention antérieurement pratiquée, toutefois nous rappellerons l'existence de trois types d'occlusions intestinales post-opératoires assez bien tranchées.

1° L'occlusion duodénale aiguë, à la suite d'intervention portant sur l'étage méso-colique.

2° L'occlusion iléale aiguë, secondaire aux appendicectomies surtout à chaud.

3° Les étranglements à la suite d'intervention pelvienne, pour cancer du col utérin et salpingite suppurée, en particulier.

Les deux premières formes revêtent souvent le type de l'occlusion haute, et la dernière celui de l'occlusion basse.

Le pronostic de tels accidents est très sombre, c'est celui de l'occlusion primitive; mais ici, aggravé du fait que la résistance du malade est diminuée par suite de l'intervention antérieure. Il est fatal si l'obstacle n'est pas lésé; il repose essentiellement sur deux facteurs cliniques :

La résistance du malade, la précocité et la rapidité de l'intervention secondaire; et sur deux facteurs anatomo-pathologiques : le siège à hauteur de la lésion et le fait qu'il s'agit d'une obstruction ou d'une strangulation intestinale.

Mais bien souvent la mort du malade est l'aboutissant d'une telle complication.

DIAGNOSTIC

Nous n'insisterons pas sur les nombreux diagnostics que pose la constatation d'un syndrome d'occlusion intestinale et qui sont longuement décrits dans tous les traités classiques ; par contre, nous attirerons l'attention sur la difficulté qu'il y a à différencier l'occlusion intestinale vraie de deux affections qui pensent la simuler de point en point :

La péritonite aiguë post-opératoire.

L'iléus paralytique.

En cas de péritonite, le début est plus brutal et plus violent, les accidents se précipitent rapidement.

La douleur violente est superficielle, se généralise rapidement à tout l'abdomen ; les vomissements moins nombreux ne présentent le caractère fécaloïde qu'à une période beaucoup plus avancée, le hoquet est plus précoce, mais surtout la contracture qui n'existait pas dans les premiers temps, domine ici le tableau clinique, se révèle dès l'inspection et se confirme par la palpation ; cette contracture est associée à un météorisme généralisé ; la température est plus élevée, mais surtout, le pouls petit et

irrégulier devient très vite filiforme ; la rétention d'urine est de règle.

Somme toute, l'installation progressive des accidents, l'absence de contracture et de modifications du pouls et de la température permettront de différencier l'occlusion intestinale de la péritonite post-opératoire.

Dans l'iléus paralytique, l'absence de mouvements péristaltiques, de douleurs, associée à la rétention d'urine permettront de la soupçonner et bien souvent, il cédera au purgatif et aux lavements.

Un lavement électrique prudent deviendrait facilement maître de l'iléus.

TRAITEMENT

Il importe de distinguer le traitement préventif et le traitement curatif chirurgical.

Le traitement préventif est tout d'abord pré-opératoire et l'on aura toujours soin avant de pratiquer une laparotomie de purger et de lavementer le malade.

Pendant l'intervention il est nécessaire de se donner un jour suffisant par une incision longue et une valve suffisamment grande.

On n'omettra jamais d'effondrer les adhérences, de libérer les brides et d'enfouir les moignons, les pédicules vasculaires et les surjets.

L'hémostase soignée évitera la réaction péritonéale et la formation d'exsudats, qui, en s'organisant, agglomèrent et soudent les anses intestinales coudées.

Enfin une péritonisation soignée empêchera de laisser une surface cruentée en contact avec une tunique intestinale.

Nous rappellerons pour mémoire que certaines occlusions ont relevé d'une anse étranglée dans un fil de suture pariétale d'où la nécessité d'une anes-

thésie complète au moment de la fermeture de la paroi.

Le traitement chirurgical ne doit pas être différé, et l'incision pariétale portera de préférence au niveau de la suture de la première intervention.

On se portera immédiatement au niveau du premier foyer opératoire, on recherchera et on lèvera l'obstacle s'il siège à ce niveau.

Résultant le plus souvent d'un processus inflammatoire, l'occlusion sera libérée par la dissociation prudente des adhérences épiploïques et intestinales.

Mais dans certains cas, des difficultés considérables se présentent, et souvent on est en présence d'un foyer d'adhérences massives. Il est alors très délicat de donner une règle pouvant s'appliquer à tous les temps et la technique est surtout une question d'espèce.

Dans certains cas heureux la libération des anses grêles accolées bien que pénible est possible ; mais les tuniques intestinales sont dépourvues de séreuse et cruentées, si bien que la paralysie intestinale persiste quelques temps après l'intervention.

Mais, dans certains cas, la libération est rigoureusement impossible et il importe avant tout d'éviter la déchirure intestinale qui semble avoir été fatale dans tous les cas ; c'est alors que le chirurgien a la ressource de deux interventions :

L'entéro-anastomose entre grêle et côlon unissant la dernière anse grêle distendue au trans-

verse ; c'est l'intervention de choix d'autant plus que le raccourcissement du transit intestinal est le plus souvent temporaire ; la résorption des adhérences au niveau du foyer d'occlusion entraînant le plus souvent le retour de la perméabilité intestinale.

L'anus artificiel ne peut être pratiqué que sur le gros intestin, car, sur le grêle il entraîne dénutrition, auto-digestion pariétale, et mort par inanition.

OBSERVATION PERSONNELLE

Mme L. B..., âgée de 48 ans, est hospitalisée à l'Hôtel-Dieu de Rouen le 9 janvier 1929, pour une affection pelvienne de nature encore indéterminée.

La malade jusqu'ici bien réglée a vu survenir depuis trois mois des pertes sanglantes et fétides, survenant deux à trois fois entre les règles, durant quelques jours et ne s'accompagnant d'aucune douleur. Les règles ont gardé leur caractère normal ; dans ses antécédents deux grossesses à terme et une fausse couche de trois mois.

L'examen clinique au toucher vaginal montre un col utérin normal dans sa forme et dans sa consistance, un corps utérin légèrement augmenté de volume, médian et indolore. Les culs-de-sac vaginaux sont libres et souples.

Devant la persistance des phénomènes hémorragiques on pense à une néoplasie de la muqueuse utérine, et on pratique un curetage explorateur qui ramène quelques débris. Un examen histologique pratiqué montre l'existence de cellules cancéreuses.

On pratique une hystérectomie par voie abdominale. La ligature des pédicules est faite au catgut. Aucune pince à demeure n'est abandonnée.

En raison du large évidemment pelvien, de la brèche vaginale, et de la nature cancéreuse de l'affection, on assure le drainage par la mise en place au fond de la cavité pelvienne d'un Mickulicz avec drain.

Les suites opératoires sont absolument normales pendant la première semaine. Des vomissements observés pendant les deux jours qui ont suivi l'opération ont disparu. Mais le matin du huitième jour, ils réapparaissent en même temps que l'émission des gaz s'arrête; le ventre se ballonne et ce syndrome occlusif ne cède ni à un purgatif, ni aux lavements; la température est à 38 et le pouls bien frappé bat à 85; pendant les deux jours suivants, les symptômes s'aggravent et le dixième jour, on se décide à une nouvelle intervention.

Après réouverture de la plaie opératoire qui avait été faite en un seul plan au fil de bronze, on retire le sac de drainage et l'on constate la présence d'un agglomérat d'anses intestinales prolabées dans le cul-de-sac de Douglas et adhérentes à la cicatrice vaginale.

Ces adhérences sont assez facilement libérées et pour éviter la récurrence, le cul-de-sac de Douglas est cloisonné en étages, en même temps que l'on fixe le colon sigmoïde au péritoine vésical.

La malade guérit de cette occlusion.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Thèse Lacroix).

Femme âgée de 45 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 19 juillet 1905, pour un volumineux kyste de l'ovaire.

Opération rapidement conduite par M. le Professeur Ledentu. Drainage.

Deuxième et troisième jours, pas de matières, pas de gaz. La température s'élève à 38°. Faciès et pouls bons. On donne un lavement, rien. Vomissements.

Quatrième jour : purgatif, ne donne absolument rien, toujours pas de matières, pas de gaz. Ballonnement du ventre. Température s'élève à 38°5.

Plaie en excellent état.

Vomissements persistent et cependant la malade ne prend absolument rien.

Le quatrième jour au soir, le faciès et le pouls commencent à s'altérer.

Cinquième jour : les vomissements persistent. Pas de gaz. La température s'élève à 39°.

A l'autopsie, on constate une torsion des deux tiers supérieurs de l'intestin grêle autour du mésentère, de droite à gauche, sans adhérences, sans brides. Pas trace de péritonite.

La malade avait été opérée dans la position de Trendelenburg et la suture de la paroi faite dans cette position.

OBSERVATION II (Thèse Lacroix).

Femme âgée de 33 ans. Entre à l'hôpital Beaujon, le 28 mars 1906, pour un kyste de l'ovaire. L'opération pratiquée par M. le Dr David est facile et rapide.

Pas de drainage. A noter la présence d'un large pédicule.

Troisième jour, pas de gaz, pouls 80.

Quatrième jour : pas de gaz. Vomissements. Pouls 80.

On donne un purgatif léger et un lavement sans résultats. Les vomissements continuent.

On examine la suture. Elle ne présente rien de particulier. Le ventre est un peu ballonné et légèrement douloureux.

Cinquième jour : les accidents continuent et s'aggravent. Toujours pas de gaz. Le ballonnement augmente.

On opère et on constate qu'une anse intestinale coudée en canon de fusil est adhérente au moignon. On le libère facilement.

Guérison.

OBSERVATION III (Thèse Lacroix).

Femme âgée de 28 ans. Entre à Lariboisière le 19 novembre 1904, pour tumeur de la fosse iliaque droite : tuberculose iléo-cæcale.

Opération : tumeur inextirpable. On fait une iléo-sigmoïdostomie. Pendant les dix premiers jours la malade va assez bien. Elle rend quelques gaz, mais ne va pas à la selle. La température qui était élevée avant l'opération tombe à la normale.

Du sixième au neuvième jour, accidents d'occlusion intes-

tinale, mais occlusion incomplète. Pas de selle depuis l'opération, quelques gaz, rares cependant, ballonnement du ventre, vomissements fécaloïdes.

Opération : on constate que l'anastomose est tombée dans le Douglas, qu'elle est adhérente et coudée ; on essaie de la libérer, mais les adhérences sont déjà solides et l'intestin se déchire au niveau des sutures.

On fait de nouvelles sutures, drainage. Mort.

OBSERVATION IV (Thèse Sacerdot).

M. P..., 56 ans, marchand de bois. Entré à l'hôpital Bichat, salle Jarjasay, le 15 octobre 1926, pour accidents d'obstruction intestinale.

La maladie actuelle a débuté il y a un an environ, par des crises douloureuses abdominales, à maximum situé dans la fosse iliaque droite. En même temps apparaissait une constipation coupée par quelques débâcles diarrhéiques. Des alternatives d'amélioration et d'aggravation se sont succédées, jusqu'au début du mois précédent.

Depuis lors l'altération plus marquée de l'état général a contraint le malade à l'alitement.

A l'examen, malade très fatigué, amaigrissement considérable, la température n'est pas normale, mais oscille entre 37°5 et 38°5, inanorexie, nausées et vomissements répétés. Constipation opiniâtre malgré les traitements usuels, douleurs abdominales paroxystiques, réalisant un syndrome colique assez net. Dysurie.

Ventre assez souple, modérément ballonné, étalé. La région de l'hypocondre gauche se laisse déprimer moins faci-

lement que la région symétrique, la fosse iliaque droite est douloureuse, spontanément et à la palpation profonde.

Un examen radiologique après un lavement baryté, ne donne pas de renseignement précis.

L'examen du sang, fait dans le laboratoire de M. le professeur Lemierre chef de service à l'hôpital Bichat, par le Dr Kourilsky, interne du service, montre une leucocytose à 25.200.

Intervention le 21 octobre 1926. MM. Berson, Rouhier. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Le côlon sigmoïde est normal. Par contre on aperçoit une masse très volumineuse, dure, englobée dans un foyer d'adhérence, très largement étalée, occupant la région sous-ombilicale. Fermeture en trois plans. Le diagnostic de néoplasme du côlon transverse, avec infection du voisinage paraît évident et l'on se reporte dans la fosse iliaque droite dans l'intention d'établir un anus cæcal. Incision de Marc Burney. Agrandissement de l'incision vers le haut : le cæcum est en effet rétracté très haut et fixé. L'appendice est très long, dirigé en haut et vers la ligne médiane, il est turgide et très volumineux, il adhère par sa pointe à la masse perçue par l'incision première. Libération et extirpation de l'appendice. Fixation de la paroi antérieure du cæcum au péritoine pariétal. Fermeture en trois plans, sauf au niveau de la fixation cæcale.

Les suites opératoires paraissent d'abord si favorables qu'elles font douter du diagnostic de néoplasme. Les vomissements cessent, les gaz sont émis normalement, la température revient à 37° et s'y maintient. L'alimentation peut être reprise, et il paraît inutile de fistuler le cæcum fixé à la paroi.

Le douzième jour le malade succombe brusquement. L'autopsie montre l'existence d'une énorme masse néoplasique, développée au cours du côlon transverse occupant toute la région sus-ombilicale fixée à la paroi par des adhérences inflammatoires.

OBSERVATION V (Baudet)

Mme P..., 69 ans. Je suis appelé le samedi 20 novembre, à 16 heures, auprès de cette malade.

Le début de la maladie remonte à 48 heures. Brusquement dans la matinée du jeudi ont apparû des douleurs abdominales très vives, situées d'abord dans la région épigastrique, elles se sont localisées ensuite dans la région périombilicale, où elles persistent depuis. Un ou deux vomissements ont marqué le début de la crise. La malade avait eu une selle le matin, depuis que les accidents ont commencé elle n'a rendu ni matières, ni gaz.

La journée de vendredi n'a apporté aucune modification à cet état.

Le samedi à 2 heures du matin, nouvelle crise douloureuse paraxystique.

Les douleurs siègent dans le bas-ventre. En même temps réapparaissent les vomissements bilieux.

L'étude des antécédents permet de retrouver une crise comparable, mais beaucoup moins intense, remontant à cinq mois. A ce moment la malade a souffert de douleurs épigastriques, sans vomissement, avec constipation, le tout a cédé rapidement à l'administration d'un laxatif.

Quand la malade est vue le samedi à 16 heures, elle pré-

sente un arrêt complet des matières et des gaz depuis 60 heures. L'abdomen est météorisé, le pouls est à 86, la température à 39°1.

La douleur à la palpation est diffuse, cependant, elle est un peu plus marquée à droite, légèrement au-dessous du point de Marc Burney.

Cette douleur est retrouvée par le toucher vaginal, au niveau du cul-de-sac droit. Le siège de la douleur et l'existence de signes infectieux aigus, font admettre le diagnostic d'appendicite aiguë à forme occlusive. Intervention le 20 novembre à 21 heures.

Incision iliaque. En essayant d'écarter le cæcum en haut pour chercher l'appendice, on sent que le fond du cæcum est adhérent et ne se laisse pas attirer. On dispose des compresses barrières, en dedans, en bas, en dehors, et en haut. Le doigt suit alors le cæcum pour trouver l'appendice et provoque aussitôt l'issue d'un flot de pus, venant de la région mésocœliaque.

On termine l'intervention en drainant la région délimitée par les compresses barrières, lesquelles sont laissées en place.

Suites opératoires simples au début.

Très bon état général pendant une semaine, la température est revenue à la normale, les accidents d'occlusion ont disparu.

Le 27 novembre réapparaissent quelques vomissements.

L'état général de la malade s'aggrave brusquement pendant la journée du 28. Les vomissements se répètent et deviennent fécaloïdes, malgré deux lavages d'estomac. On décide de réintervenir.

Une laparotomie médiane montre qu'il existe un obstacle situé haut sur l'intestin grêle, dont quelques anses seulement sont dilatées, tandis que les autres sont plates. On pratique un anus artificiel sur une anse dilatée.

La malade succombe le huitième jour.

OBSERVATION VI (David)

Femme âgée de 32 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu de Narbonne le 23 mars 1922 pour salpingo-ovarite.

Une hémisection utérine est pratiquée par M. le Dr David.

La péritonisation est très difficile et incomplète. Une surface cruentée, non recouverte est limitée avec un drain et des compresses. Pas d'accident d'infection.

Au quatrième jour, éclatent des accidents d'occlusion intestinale (arrêt absolu des matières et des gaz, vomissements, ballonnements avec clapottements).

Au sixième jour, les accidents persistant, la malade est réopérée (position de Trendelenburg, grande valve de Doyen).

On trouve une anse intestinale, coudée, en canon de fusil et adhérente à la surface cruentée.

On libère les adhérences.

Guérison.

CONCLUSIONS

I. — L'occlusion intestinale post-opératoire n'est pas une complication exceptionnelle et elle peut survenir à la suite de toute laparatomie, même la plus simple.

II. — Elle est surtout fréquente après les interventions pelviennes, cæco-appendiculaires et gastriques.

III. — Il est de toute nécessité de porter un diagnostic précoce entraînant une thérapeutique chirurgicale urgente, et pourtant, dans bien des cas, ce diagnostic est difficile au début, tout particulièrement avec la péritonite post-opératoire et l'iléus paralytique.

IV. — Son pronostic très grave est lié à différents facteurs, dont les plus importants sont : la résistance du malade, la précocité de l'intervention, le mécanisme de l'occlusion (obstruction ou strangulation), le siège (occlusion haute et occlusion basse).

V. — En dehors du traitement préventif, la thérapeutique est surtout chirurgicale, il est nécessaire de pratiquer une nouvelle intervention dont les indications sont délicates à poser, et dont la technique, difficile à schématiser, varie avec les cas.

Vu : le Président de la thèse,

M. LEJARS.

Vu : le Doyen,

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Adenot.* — Des occlusions intestinales post-opératoires (Revue de chirurgie, janv. 1896).
- Ahston (William Easterly).* — Occlusion intestinale après laparatomie (The medical new. 30 juill. 1892), résumé dans les Archives générales de médecine, 1893, p. 79).
- Arne.* — Occlusion intestinale au cours de l'appendicite. Thèse Bordeaux, 1908.)
- Bérard et Vignard.* — L'appendicite.
- Carayon.* — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire. Thèse Paris, 1904.
- Cazin et Gros.* — De la leucocytose dans l'appendicite (Semaine médicale, 6 mai 1903, p. 141).
- Collas.* — Occlusions intestinales consécutives aux opérations et laparatomie (Thèse Paris, 1890).
- Da Costa.* — The clinical value of blood examinations in appendicitis (Amer. Journal of the med. scienc., 1901).
- David.* — Occlusions intestinales post-opératoires (Tribune médicale, 1906).
- Les réactions sanguines dans les appendicites et les affections abdominales qui les simulent. Thèse Paris, 1902.
- Curschmann.* — Zur diagnostischen Beurtheilung der bei Blinddarm und Wurmfortsatz ausgehenden entzündlichen (Processe. Munch. Med. Woch., 26 nov. et 3 déc. 1901).

- Delore*. — Soc. Chir. Lyon, 1912.
- Duval*. — Arch. de médecine et de pharmacie militaire, 1905.
- Folliot*. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales vraies de cause appendiculaire Thèse Bordeaux, 1904.
- Freie Vereinigung der Chirurgen*. — Berlin, 13 févr. 1911 (Zentralblatt f. Chirurgie, 8 avril 1911, n° 4, p. 494).
- Gand*. — L'appendicite chez les sujets âgés. Thèse Lyon, 1906.
- Gibbson*. — The value of the differential leucocyte count in dente surgical diseases (Annal of Surgery, avril 1906, t. L., p. 425).
- Giresse*. — Des occlusions intestinales post-opératoires consécutives à l'hystérectomie vaginale. Thèse de Paris, 1896.
- Gross*. — Des occlusions intestinales post-operatoires (Revue médicale de l'Est, 1^{er} mai 1899).
- Gronov*. — Des occlusions intestinales appendiculaires. Paris, 1906.
- Hackel*. — L'ictère dans l'appendicite (Deutsche Zeitschr. Chirurgie, LXXXVII, résumé Semaine médic. 25 mai 1907).
- Hawkes*. — The presentation of intestinal obstruction following operation for appendicitis (Ann. of Surgery, 1919, XLVI, p. 192).
- Hayen*. — Du sang et de ses altérations anatomiques.
- Julliard*. — Courbe leucocytaire et appendicite (Revue chirurgie, 1904, t. I, p. 665, t. II, p. 245 et 298).
- Karewski*. — Berlin. Klin. Wochenschr., 1910, n° 5, p. 194.
- Kayner*. — Appendicite aiguë et obstruction intestinale, août 1924.
- Labadie, Lagrave et Legueu*. — Traité médico-chirurgical.
- Lacroix*. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales post opératoires. Thèse Montpellier, 3 février 1923.
- Laignel-Lavastine*. — Appendicite et éosinophilie (Bull. Soc. Anat., 190, p. 133).

- Lamy.* — Occlusions intestinales mécaniques d'origine appendiculaire. Paris, 1907.
- Lance.* — Deux cas d'appendicite pelvienne gauche (Bull. Soc. Anat., 1902, p. 819).
- Lejars.* — Les formes frustes de l'iléus (Sem. Med., 28 février 1906).
- Lenclos.* — Des occlusions intestinales post-opératoires (Thèse de Nancy, 1889).
- Lenormant.* — Des occlusions intestinales d'origine appendiculaire (Presse médicale, 24 juin 1911).
- Loeper.* — Bull. Soc. Anat., 1901, p. 351.
- Lucas-Championnière.* — Cure radicale des hernies. Paris, 1892.
- Marion.* — Appendicite et occlusion intestinale (Gaz. des Hôpit., n° 134, 24 nov. 1900).
- Naoumoff.* — Des occlusions intestinales post-opératoires. Thèse Montpellier, 1896.
- Noehren.* — Valeur de la numération leucocytaire dans les appendicites aiguës (Ann. of Surgery, février 1908, p. 238-245).
- Pease.* — Valeur de la numération globulaire de l'appendicite (Ann. of Surgery, mars 1909, p. 885).
- Pinard.* — Soc. Obst. et Gynécologie, 2 février 1909.
- Pissavy.* — Append. à forme d'occlusion intestinale (Clinique, 19 février 1909).
- Puech.* — Province médicale, 29 déc. 1906.
- Quénu.* — De l'occlusion intestinale à la suite des laparotomies (Gazette des Hôpitaux, 31 mars 1894).
- Ruge.* — Darmterschluss bei und nach perituphlitis (Arch. für Klin. Chirurgie, 1911, XIV, p. 711).
- Sacerdot.* — Thèse Paris, 1927.
- Schénéchal.* — Contribution à l'étude de l'abcès pelvien appendiculaire. Thèse Paris, 1900.
- Theillier (Ed.).* — Occlusions après appendicectomie (Traitement, Paris, 1928).

Tuja. — Des occlusions intestinales après les laparotomies.
Lyon, 1894.

Vignard. — Appendicite à forme d'occlusion primitive (Sté chirurgie de Lyon, 1909).

Vignaud. — L'appendicite dans ses rapports avec l'occlusion intestinale aiguë ou chronique. Thèse Paris, 1900.

